

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

=====

U. E. R. MEDECINE GRANGE BLANCHE

Année 1978 - N° 63

POUR UNE MEILLEURE REINSERTION DU VIEILLARD A SA SORTIE DE L'HOPITAL

A propos d'un Service de Gériatrie :

MAISON HENRI PAUL MARTIN

VUREY - GENAS

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON I

et soutenue publiquement le 2 mars 1978

pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

par

GAUDIN Roland

Né le 29.05.1948

à LYON 4e

20

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

=====

U.E.R. MEDECINE GRANGE BLANCHE

Année 1978 - N° 63

POUR UNE MEILLEURE REINSERTION DU VIEILLARD A SA SORTIE DE L'HOPITAL

A propos d'un Service de Gériatrie :

MAISON HENRI PAUL MARTIN
VUREY - GENAS

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON I

et soutenue publiquement le 2 mars 1978

pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

par

GAUDIN Roland

Né le 29.05.1948

à LYON 4e



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Président de l'Université : Pr. D. GERMAIN

Vice-Président : Pr. E. ELBAZ

Deuxième vice-Président : M. B. ROUSSET

Troisième vice-Président : M. LOPEZ

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur M. Le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL : Directeur M. Le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST : Directeur M. Le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD : Directeur M. Le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur Honoraire : M. Le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur M. Le Docteur J.P. REVILLARD (M.C.A.)

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur M. Le Docteur A. MORGON (M.C.A.)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur M. Le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur M. Le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :
Président du conseil d'U.E.R. M. Le Docteur J.J. COMTET
Directeur : M. A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur M. Le Professeur E. COMBET

PHYSIQUE : Directeur M. Le Professeur DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur M. Le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur M. Le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur Mle Le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur M. Le Professeur B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur M. J. GALLET (Directeur ENSAM)

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur M. Le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur Mle Le Professeur G. COMTE-BELLOT

OBSERVATOIRE : Directeur M. G. MONNET (Astronome Adjoint)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554224_0006

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

=====

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

THESE de M. GAUDIN Roland

C O M P O S I T I O N d u J U R Y

PRESIDENT :	Professeur ROCHE	U.E.R.	ALEXIS CARREL
ASSESSEURS :	Professeur VEDRINNE	U.E.R.	LYON NORD
	Professeur PALIARD	U.E.R.	SUD OUEST
	Professeur PROST	U.E.R.	LYON NORD
	Docteur DO		

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le PROFESSEUR L. ROCHE.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury.

Qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS VEDRINNE, PALIARD, PROST.

Je les remercie d'avoir accepté spontanément de faire partie de mon jury et de faire, par leur expérience, une critique de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DO.

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, il nous a guidé et conseillé au cours de sa réalisation,

Qu'il en soit ici remercié.

A MADAME LE DOCTEUR LACROZE.

Je tiens à la remercier d'avoir mis à ma disposition les dossiers médicaux relatifs à la réalisation de cette thèse. Un semestre passé dans son service à la Maison HENRI PAUL MARTIN m'a permis d'apprécier ses profondes qualités humaines.

A MES PARENTS.

A MON EPOUSE.

A MA FILLE.

- P R A E -

-:-:-:-

I - GENERALITES SUR LE VIEILLARD. P.1.

II - 1er CHAPITRE. P. 3.

A / INTRODUCTION : P. 3

Caractéristiques de la population Rhône-Alpes.

B / ETABLISSEMENTS EN RAISONNEMENT EN FAVEUR
du 3ème ÂGE. P. 6.

1 - Maisons de Retraite, Hospices. P. 6.

2 - Les logements-foyers. P. 6.

C / MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES : P. 11.

Possibilités offertes.

1 - Aide-ménagère. P. 11.

2 - Clubs du 3ème Âge. P. 13.

3 - Foyer restaurant. P. 14.

4 - Centre de jour. P. 16

5 - Hospitalisation à domicile. P. 18.

6 - lutte contre les taudis : PACT. P. 19.

7 - Aide aux vacances. P. 19.

8 - Universités du 3ème Âge. P. 21

D / PROSPECTIVES D'AVENIR : PAP 15. P. 24.

Actions obligatoires n° 1 P. 25

Amélioration de l'habitat

Actions obligatoires n° 2 P. 26

Participation à la vie sociale et culturelle

Actions optionnelles. P. 27

E / CONCLUSION. P. 28

III - 2ème CHAPITRE. P. 29.

A / INTRODUCTION : Historique sur Genas. P. 29

B / PRESENTATION DE LA MAISON. P. 30.

1 - Locaux. P. 30.

2 - Personnel. P. 31

a/ Un personnel médical.

b/ Des employés de service.

c/ Une assistance sociale.

C / ECONOMIE. P. 32

1 - Budget de fonctionnement. P. 32.

2 - Prix de journée : Evolution. P. 33.

3 - Lits en service. P. 34.

4 - Journées réalisées. P. 34.

5 - Pourcentage d'occupation. P. 35.

D / MALADES. P. 36.

1 - Région de recrutement avant hospitalisation. P. 36.

2 - Hôpital d'origine. P. 37.

3 - Durée moyenne du séjour. P. 37.

4 - Ages et sexes. P. 38.

5 - Pathologies rencontrées. P. 40.

a/Pathologie ostéoarticulaire traumatologie P.42

b/Pathologie cardio-vasculaire P. 43

c/Pathologie digestive P. 44

d/Pathologie psychiatrie P. 45

e/Pathologie cancéreuse P. 46

f/Pathologie génito-urinaire P. 47

g/Pathologie ophtalmologique P. 48

h/Pathologie hématologique P. 49

i/Pathologie endocrinienne P. 50

j/Pathologie neurologique P. 51

k/Pathologie pulmonaire P. 52

l/Pathologie dermatologique P. 53

m/Pathologie infectieuse P. 54

E / ENTRETIENS AVEC DES MALADES. P. 55.

- 1 - Entretien avec Madame J. P. 55.
- 2 - Entretien avec Madame B. P. 56.

F / ENQUETE AUPRES D'ANTIENS PENSIONNAIRES. P. 58.

- 1 - Présentation de l'enquête. P. 58
 - a/ Malades placés en Maison de retraite.
 - b/ Malades retournés à domicile.
- 2 - Enquêtes auprès des Maisons de Retraite. P. 60.
 - a/ Lettre de présentation et d'introduction auprès des Maisons. P. 60.
 - b/ Questionnaire à remplir par les Maisons de retraite. P. 61.
 - c/ Résultats de l'enquête. P. 62
 - d/ Commentaires de l'enquête. P. 64
- 3 - Malades retournés à domicile. P. 64
 - a/ Questionnaire envoyé aux malades. P.65
 - b/ Résultats de l'enquête auprès des malades. P.66
 - c/ Commentaires de l'enquête. P.67

G - DEVENIR DES MALADES. P. 68

- 1 - Propositions faites par le corps médical. P. 68
 - a/ Retour à domicile. P. 68
 - b/ Réhospitalisation. P. 68
 - c/ Maisons de retraite. P. 68
 - d/ Résidences. P. 69
 - e/ Maisons de vacances. P. 70
- 2 - Orientation en fonction des problèmes sociaux. P.70

H - PROSPECTIVES D'AVENIR. P. 71

I - CONCLUSION. P. 73

IV - CONCLUSION GENERALE. P. 74

I - GENERALITES SUR LE VIEILLARD.

Le troisième âge, une population en constante augmentation depuis plusieurs décennies. Autrefois on parlait de vieux car vivre âgé constituait presque un exploit qui de nos jours devient une banalité.

Reprenons quelques chiffres tirés des dossiers INSEE sur la population.

En France au 1er janvier 1973 sur 51 915 000 habitants on comptait 9 422 000 personnes de plus de 60 ans soit 18,14 % de la population. Les plus de 65 ans étaient 6 802 300 soit 13,10 % de la population qui se répartissaient en :

- 4 192 000 femmes et
- 2 610 300 hommes.

Pour eux la progression a été la suivante
5 400 000 en 1962, prévision pour 1980 : 7 400 000.

Les plus de 75 ans étaient 2 280 000 en 1968, ils seront 3 050 000 en 1980.

On constate donc par ces quelques chiffres un vieillissement de la population. De plus l'espérance de vie en constante augmentation accentue encore la pression de la population du 3ème âge.

Avant de pousser plus en avant l'enquête il serait bon de citer encore quelques chiffres. (rapport INSEE).

- * 36,50 % vivent en milieu rural,
- * 63,50 % en agglomération urbaine dont 23,10 % dans la région parisienne,
- * 3,54 % vivent en hospice,
- * 0,25 % vivent en hôpital ordinaire,
- * 0,41 % vivent en hôpital psychiatrique,
- * 0,51 % vivent dans des communautés religieuses.

Comment vivent-ils ?

31 % habitent un appartement construit avant 1945,
13% habitent un appartement construit après 1945,
46 % habitent une maison individuelle avec jardin.

Ces quelques chiffres montrent que le vieillard essaye de rester dans le milieu naturel qu'il connaissait au temps de son activité.

Il rentre à l'hospice ou à l'hôpital en dernier recours lorsqu'il sent que son autonomie devient insuffisante pour subvenir à ses besoins.

L'hospitalisation brise un cercle plus ou moins harmonieux et on assiste à une dégradation importante du psychisme du vieillard. Lors des différents changements au cours de la maladie, le vieillard met de plus en plus de temps à s'adapter et il le tolère de moins en moins.

Le vieillard doit se sentir une personne à part entière car il fait parti intégrante de notre société, à aucun moment il ne doit être rejeté.

Autrefois le vieillard était plus ou moins intégré dans la cellule familiale. Le mode d'habitation rural permettait une cohabitation entre les différentes classes d'âges, plus ou moins harmonieuse, même si parfois des conflits se créaient entre les jeunes et les vieux.

Depuis l'ère industrielle et la nette progression d'habitations en milieu urbain on assiste à un cloisonnement des différents groupes d'âges.

Le vieillard se sent rejeté de la cellule familiale traditionnelle, il devient un indigent pour lequel le seul espoir reste l'hospice.

II - 1er CHAPITRE.

A / INTRODUCTION.

Caractéristiques de la population Rhone-Alpes.

Depuis le "Rapport Laroque" la question des personnes âgées a fait l'objet de nombreux travaux notamment à l'occasion des plans d'équipement.

Dans la région Rhône Alpes le Conseil Régional a créé un groupe plus spécialement orienté vers les problèmes des personnes âgées. Il est apparu nécessaire de regrouper pour l'ensemble de la région une série d'informations éparées aussi actuelles que possible en préalable à toutes réflexions positives à ce sujet.

L'étude du problème des personnes âgées passe par une analyse des réalités fondamentales dont le facteur démographie est l'un des composants.

Notre question est de savoir combien de personnes de plus de 65 ans trouve-t-on dans chaque département.

Au préalable nous replaçons dans un contexte national et régional l'évolution du taux de personnes de plus de 65 ans de ces dernières années.

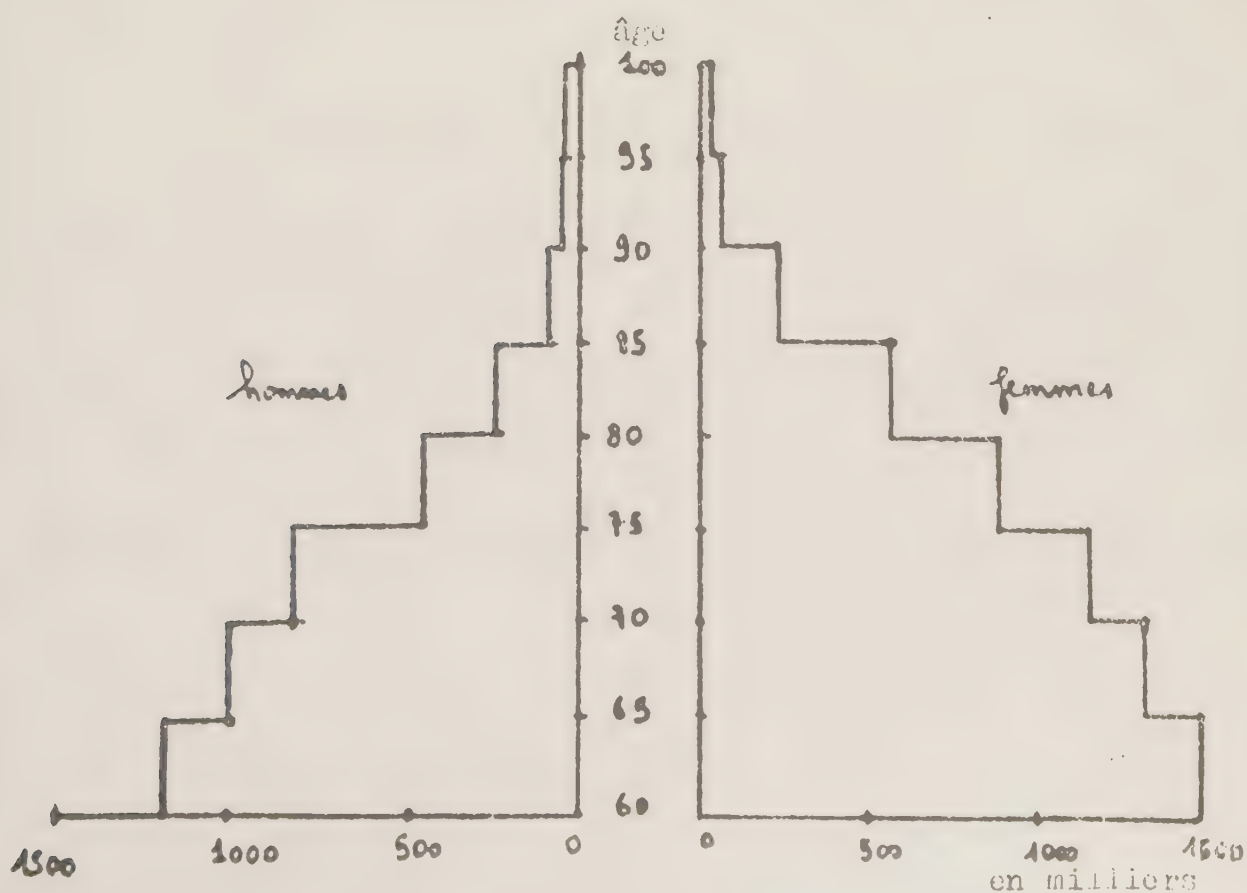
Au niveau de l'évolution nationale :

La structure par âge de la population évolue dans le sens d'un certain vieillissement, accroissement de la proportion des adultes (20-59 ans) et des personnes âgées (65 ans et plus) au détriment des jeunes (0-19 ans) dont la part dans la population totale diminue de plus de 2 points en dix ans. On notera l'augmentation de la proportion des personnes très âgées (75 ans ou plus).

Répartition de la population par groupes d'âge
(en % au 1er janvier '76)

Année	0-19 ans	20-59 ans	60 ans ou plus	65 ans ou plus	75 ans ou plus
1965	33,9	48,7	17,4	12,0	4,5
1966	34,2	48,2	17,6	12,2	4,5
1968	33,8	48,3	17,9	12,6	4,6
1970	39,1	48,9	18,0	12,8	4,7
1972	32,7	49,2	18,1	13,0	4,8
1974	32,2	49,6	18,2	13,2	4,9
1975	32,0	49,7	18,5	13,3	5,1

Structure par sexe et âge de la population des personnes âgées (France entière) au 1er janvier 1974.



B / ETABLISSEMENTS EN FONCTIONNEMENT EN FAVEUR
du 3ème âge.

1 - Maisons de retraite, Hospices.

La Région Rhone Alpes dispose d'un important équipement en lits pour personnes âgées, en hospices et maisons de retraite. D'après la statistique annuelle des hôpitaux publics, il existait au 31 décembre 1975... 15 092 lits d'hospice et de maison de retraite dans la région, se répartissant ainsi qu'il suit:

Section hospice et maison de retraite

En chambre individuelle	En chambre à 2 lits	En chambre de 3 et 4 lits	En chambre de plus de 4 lits		TOTAL
			Total	Dont lits boxés	
1.790	3.823	4.031	5.448	1.439	15.092

Proportion du nombre de lits installés (en pourcentage)

en chambre 1 lit	en chambre 2 lits	en chambre 2 ou 3 lits	en chambre de + de 4 lits
11,9 %	25,3 %	26,7 %	36,1 %

Une analyse plus fine par département nous donne les chiffres suivants :

	Population de plus de 65 ans
ARDECHE	15,4 %
AIN	15,4 %
DRÔME	15,1 %
LOIRE	12,9 %
SAVOIE	11,6 %
RHONE	11,0 %
ISERE	10,9 %
HAUTE SAVOIE	10,2 %
RHONE ALPES	11,9 %

Lorsque l'on compare le chiffre global de la région Rhône Alpes soit 11,9 % au chiffre de la France 12,6 % on constate que la région Rhone Alpes n'est pas une région peuplée particulièrement de "vieux."

On constate une certaine inégalité dans les pourcentages respectifs des départements. Etudier l'évolution de la population d'une région, ne rend pas compte des inégalités retrouvées au sein des divers départements.

Le département le plus dense en population de plus de 65 ans est ainsi l'Arèche, avec 15,4 % les moins denses sont respectivement :

la Haute Savoie 10,2 % ,
le Rhone et l'Isère 11,0 % et 10,9 %.

Il ne faudrait pas cependant trop vite conclure à l'existence de départements "jeunes " ou "vieux".

Il faut remarquer aussi que les femmes vivent plus longtemps que les hommes. En 1968, on avait 9,0 % d'hommes de 65 ans et plus dans la région, contre 14,5 % de femmes. Cette observation au niveau de la région, se retrouve au niveau national.

Par rapport à l'ensemble français, la région Rhone Alpes est en bonne position :

Proportion du nombre de lits installés dans les chambres

	à 1 lit	à 2 lits	à 2 et 3 lits	plus de 4 lits
Région Rhone-Alpes	11,9 %	25,3 %	26,7 %	36,1 %
France Entière	14,0 %	19,8 %	20,5 %	45,7 %

Il n'est pas possible cependant de se contenter de constater cette situation qui indique que 36 % des chambres comptent plus de 4 lits : autant dire que des dortoirs groupent encore plus du tiers des lits.

Cette situation n'est pas en elle-même satisfaisante. Mais pour ramener cette proportion dans des limites acceptables, il serait nécessaire d'avoir une photographie plus analytique de la situation, allant jusqu'à la connaissance de chaque établissement.

Ceci ne vise que les sections d'hospices et de maisons de retraite des hôpitaux publics.

En ce qui concerne les hospices et maisons de retraite proprement dits, la situation de la région est sensiblement identique :

Sur un équipement de 7.399 lits au 31/12/1973 :

Nombre de lits installés

	en chambre individuel- le	en chambre à 2 lits	en chambre à 3 et 4 lits	en chambre de plus de 4 lits
Rhone-Alpes	1.167	1.998	1.883	2.351
Pourcentage	15,8%	27,0%	25,4%	31,8%
France entière Pourcentage	25,1%	25,4%	18,2%	31,3%

La proportion de lits en chambre de plus de 4 lits est ici voisine de la proportion pour la France entière ; la région est relativement moins bien placée.

Dans l'ensemble les établissements d'accueil des personnes âgées sont anciens. La moitié des établissements traditionnels d'hébergement des personnes âgées ont été construits avant 1910.

Cette ancienneté pourrait évoquer une idée de vétusté et de manque de confort. En fait il faudrait pour avoir une idée précise, effectuer une visite de chaque établissement pour se rendre compte de l'état des lieux, des aménagements qui ont pu être faits et de leur qualité.

Bien aménagées, ces anciennes constructions peuvent se révéler plus humaines que certains établissements nouvellement créés.

Nombre d'établissements où la proportion du nombre de lits en chambre de plus de 4 lits est supérieure à la moyenne française.

:	AIN	8	:	LOIRE	10	:
:	ARDECHE	9	:	RHONE	8	:
:	DROME	3	:	SAVOIE	3	:
:	ISERE	6	:	Hte SAVOIE	3	:

C'est donc au bas soit cinquante établissements publics dans la région RHONE-ALPES qui ont une situation inférieure à la moyenne rencontrée pour l'ensemble de la France. Ceci est encore beaucoup, et bien que la politique des établissements d'accueil pour personnes âgées ait pour objectif de faire disparaître ces chambres de plus de 4 lits, de sérieux efforts s'avèrent nécessaire pour parvenir au but.

2 - Les logements foyers.

Les logements foyers ont fait l'objet d'une étude distincte car ces établissements de conception récente, constituent une formule intermédiaire située à mi-chemin entre l'habitat individuel et l'hébergement collectif.

Les pensionnaires y disposent d'un petit logement avec possibilité de cuisine, ils ont à leur disposition tous les services communs, qui restent facultatifs : restaurant - service ménager et para-médical - clubs de loisirs.

La plus grande partie de ces établissements a été créée à partir de 1969 pour l'ensemble des départements.

Dans le département de l'Ardèche, tous les logements-foyers ont été créés à partir de 1969 ; dans les départements de la Drôme et de la Haute Savoie 90 % environ des logements-foyers ont été créés après 1969. Dans le Rhône par contre la moitié environ des logements-foyers ont une origine plus ancienne.

A la question :

Combien de logements-foyers gardent les personnes âgées en cas d'invalidité; la réponse varie sensiblement suivant les départements.

Aucune moyenne ne peut être établie au niveau régional car dans les départements de la Loire, de la Drôme et de l'Ain la moitié des logements-foyers répondent de façon positive, alors que pour les départements de la Savoie, de la Haute Savoie et de l'Ardèche les 3/4 des logements-foyers ne gardent pas les personnes âgées en cas d'invalidité.

On peut mettre en parallèle les résultats de l'enquête sur les maisons de retraite. Les 3/4 de ces maisons de retraite pour l'ensemble des départements (un peu moins pour le département du Rhône) gardent les personnes âgées dont l'état se dégrade.

Les personnes âgées hébergées dans des logements-foyers ont donc peu de chances de pouvoir demeurer jusqu'à la fin de leurs jours dans leur appartement et d'éviter ainsi un transfert pénible.

C / MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES :

Possibilités offertes.

1 - Aide ménagère.

Il s'agit de services ménagers, accordés aux personnes âgées qui ont besoin de tels aides pour leur vie quotidienne (travaux ménagers, courses, nettoyages etc..). Elle est normalement fournie par les soins d'une personne dite "aide-ménagère" qui se rend au domicile de la personne âgée.

L'aide-ménagère à domicile paraît devoir être la plus importante activité à dispenser au profit des personnes âgées. Ceci, en vue de favoriser leur maintien à domicile.

L'origine de cette forme d'aide est ancienne. On la trouvait localement et souvent sous la forme de bénévolat, avant qu'elle ne devienne une institution au niveau national.

Elle est actuellement dispensée soit par des associations privées, soit par les bureaux d'aide sociale.

Souvent, les services d'aide-ménagère sont regroupés en fédérations départementales, c'est le cas pour les départements de la Drôme et de l'Isère.

L'aide-ménagère est accordée sous conditions d'un état de santé défini ; de fait elle soulage la personne âgée dans sa vie quotidienne.

L'aide sociale prend en charge les frais d'aide-ménagère dispensée dans la limite maximum de 30 heures par mois aux personnes âgées dont les ressources sont modestes.

Dans le Rhone 768 personnes âgées en 1974 ont été prises en charge par l'aide sociale pour l'aide-ménagère, 4978 personnes âgées ont bénéficiées en 1975 de services d'aide ménagère, avec un total de 827.888 heures d'aide ménagère on arrive à une moyenne de 141 Heures par personne âgée. On dénombre 65 associations d'aide ménagère dont 64 dépendent du CRIAS et 1 de la Croix Rouge.

Ces différentes associations occupent 1212 salariés au titre de l'aide ménagère à domicile.

En 1974, 135 personnes âgées ont été prises en charge par l'aide sociale pour l'aide ménagère pour la Haute Savoie.

Il existe 14 services d'aide ménagère dans le département de la Haute Savoie ; 2 fédérations regroupent certains services, 2 services sont indépendants.

Dans la Drôme, au 31.12.1973, 20 associations gèrent un service d'aide ménagère, sans compter le bureau d'aide sociale qui gère 2 autres services. Au total 22 services d'aide ménagère.

Ce département signale le problème, rencontré dans d'autres départements. Le service d'aide ménagère en milieu rural inexistant dans certaines zones est difficile à mettre en oeuvre du fait des distances à parcourir pour les aides ménagères, 286 personnes âgées en 1974 ont été prises en charge par l'aide sociale pour l'aide ménagère.

Ici aussi suivant chaque département le nombre de personnes âgées bénéficiant de l'aide ménagère par l'intermédiaire de l'aide sociale varie sensiblement.

Le plus grave problème rencontré par ces services d'aide ménagère est d'ordre financier.

On trouve deux causes principales à ces difficultés de financement :

- a/ le montant des taux de remboursement des aides ménagères,
- b/ les délais de remboursement par les services payeurs.

Les taux fixés par l'arrêté du 18.9.1974 sont nettement insuffisants pour permettre le fonctionnement correct des services on y fait référence au minimum garanti (5,85 F. de l'heure au 1.1.1976), fixé par la loi du 2.1.1970 et non pas référencé qu S.M.I.C. (7,89 F. de l'heure à la même date).

On trouve des différences de remboursement entre les villes de plus ou moins grande importance. Les bourgades les

plus petites sont souvent défavorisées alors que les frais de déplacement sont plus élevés, les personnes âgées étant plus dispersées.

Les délais de remboursement sont trop longs et les services s'endettent dans des limites dangereuses. Tel était le cas en 1974-1975 de la fédération régionale d'aide ménagère et de soins à domicile du département de l'Isère.

Les Comités départementaux d'information aux personnes âgées ont suggéré la transformation de l'aide ménagère à domicile en une prestation légale sous certaines conditions d'état physique et de ressources, un barème de ressources fixant la participation des bénéficiaires. Le taux de remboursement de l'aide ménagère serait déterminé en tenant compte du prix de revient réel.

2 - Clubs du 3ème Âge.

Lieux de rencontres amicales et libres, ils permettent aux personnes âgées de faire connaissance, de nouer des relations en vue de loisirs et de projets communs (jeux de cartes, sorties, tricotage). Ils apparaissent donc comme les supports de la vie relationnelle des personnes âgées et comme les instruments de la lutte contre l'isolement.

Environ la moitié des inscrits fréquentent le Club dans la Région Rhône-Alpes, aux jours d'ouverture (en moyenne 3 jours par semaine). Dans la Loire il est apparu que le taux de fréquentation était plus élevé que la moyenne régionale. Dans la Drôme on constate le phénomène inverse.

La participation demandée varie selon les Clubs : il oscille aux alentours de 15 à 30 F. par an dans la plupart des cas.

La grande majorité des Clubs se sont développés dans les années 1960.

Un club était au départ un endroit où se réunissaient des retraités pour lutter contre leur solitude.

Actuellement la définition d'un club est celle

d'un endroit où les personnes âgées se réunissent et essaient de prendre en mains leurs vrais problèmes.

Les animatrices ne veulent plus être directives et laissent aux personnes âgées le soin de se gérer. Mais c'est une tâche qui s'avère fort difficile.

Financièrement les clubs d'anciens fonctionnent avec beaucoup de diversité : les uns subventionnés par des municipalités, des centres sociaux, des oeuvres confessionnelles ou non, des ventes, des dons etc...

En définitive, le club devrait être un lieu d'information, un lieu de loisirs, où chacun peut exprimer sa personnalité, un lieu d'activités physiques, un lieu de culture, c'est à dire d'enrichissement de découverte et non de ségrégation, de coupure avec le monde.

Et surtout, le respect de la dignité des personnes âgées doit éviter une politique de pure assistance.

3 - Foyer restaurant.

Prévus à l'origine surtout pour venir en aide aux personnes âgées les plus démunies de ressources, en leur assurant soit à domicile, soit dans un foyer le service de repas chauds à un prix très modique, les foyers restaurants sont de plus en plus considérés aujourd'hui comme un moyen d'aider les personnes âgées à lutter contre l'isolement en les incitant à sortir de chez elles.

Ils peuvent être organisés par des associations privées des municipalités ou des bureaux d'Aide sociale.

L'aide sociale participe très largement au prix des repas servis à ses ressortissants qui n'ont à payer qu'une très modeste contribution.

- L'importance de l'équipement en foyers-restaurants varie suivant les départements, le Rhône et la Haute Savoie étant les mieux équipés alors que l'Ain et la Savoie sont moins bien nantis.

- Les services d'Aide Sociale participent aux frais de fonctionnement des foyers restaurants. Les modalités sont prévues par le décret du 5 novembre 1965. Le prix remboursé par repas, fixé par arrêté préfectoral doit tenir compte de la situation particulière du foyer, de ses ressources propres et des participations des personnes inscrites.

- La participation des services de l'Aide Sociale est limitée aux frais de repas servis aux personnes âgées qui ne disposent pas de ressources supérieures au plafond fixé pour l'octroi de l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité (8 950 F. pour une personne seule et 16.100F. pour un ménage à compter du 1.1.1976.

Son montant est fixé par Arrêté préfectoral en fonction du prix de revient des repas.

- Les participations des personnes inscrites peuvent être évaluées forfaitairement compte tenu du nombre des inscriptions s'agissant d'économiquement faibles disposant de ressources modiques.-Circulaire du 28 décembre 1954-.

- La participation des intéressés est déterminée compte tenu de leurs ressources et du prix du repas.

- On note par ailleurs que certaines Directions départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (la Haute Savoie) paraissent payer une participation aux repas des personnes hébergées qui sont déjà prises en charge par l'aide sociale. En d'autres termes la D.D.A.S.S. leur laisse un seuil de ressource suffisant pour payer leur repas "au prix fort" mais parallèlement elle leur verse une contribution au coût du repas. Cette situation semble exister en France, dans de nombreux départements.

- On note enfin que les prix des repas varient sensiblement suivant les foyers restaurants de 3 F. à 11 F. se situant en moyenne autour de 6 F. de même les participations de l'aide Sociale au prix des repas varie de 1,50 à 4 F. ce qui donne une participation allant de 1 à 6 du prix du repas.

- En conséquence selon chaque foyer restaurant le prix du repas diffère ainsi que la prise en charge de l'aide sociale.

4 - Centre de Jour.

Ils ont été prévus par le programme finalisé du 6ème plan ils ont un rôle en partie médical et sont destinés à prendre en charge, de jours des personnes âgées handicapées physiquement ou psychologiquement pour leur permettre, par des soins une aide quotidienne, d'éviter un placement à l'hôpital ou en maison de retraite.

Ces centres de jour complètent l'aide médicale et les soins infirmiers à domicile. Les soins donnés relèvent de la kinésithérapie, de l'ergothérapie, de la psychotérapie de soutien.

Ces équipements sont de type tout à fait nouveaux. Le ministère de la santé a décidé en 1974 de sélectionner en accord avec la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse un certain nombre de centres de jour qui fonctionneraient à titre expérimental.

Il a été prévu, dans la lettre circulaire du 5 avril 1974 la mise en place de 4 centres de jour dans la région Rhône Alpes. Les centres de jour retenus étaient : Grenoble; Lyon, St Etienne, Valence.

A Lyon un centre de jour fonctionne depuis le 14 mars 1977, ce centre qui s'inscrit dans le cadre de la politique du maintien à domicile des personnes âgées, est situé à Lyon 3ème 142 bis avenue de Saxe, au siège du C.R.I.A.S.

Il accueille les personnes âgées atteintes :

- de troubles locomoteurs, neurologiques, nécessitant une rééducation d'entretien,
- de maladies chroniques nécessitant surveillance et soins,
- de troubles de mémoire et de certains troubles du comportement.

Ce centre de jour est ouvert cinq jours par semaine, du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures. Un service de massage est en place.

Les malades sont admis sur prescription de leur médecin qui fixe le schéma thérapeutique. Chaque malade venant pour

la 1ère fois au centre est examiné par le médecin de l'équipe gériatrique du centre qui fixe les modalités d'admission et de prise en charge et qui a la responsabilité de surveiller la prescription thérapeutique du médecin traitant.

Dans les premiers temps le remboursement des frais médicaux est assuré à 100 sur 100 sans qu'il soit possible de promettre que cette mesure soit définitive.

Le malade a à sa charge : les soins non pris en charge par l'Assurance Maladie, (pédicure, esthéticienne, orthophoniste), et les frais de restauration : actuellement repas à 12,00 F. et pour les personnes âgées bénéficiant de l'Aide sociale 6 F.

5 - Hospitalisation à domicile.

L'hospitalisation à domicile fait suite à un séjour dans un établissement hospitalier participant au service public ou ayant passé convention avec lui.

L'admission d'un malade après simple consultation externe dans les services de disciplines particulières ne peut être prononcée qu'à titre exceptionnel par le médecin-conseil chargé du contrôle hospitalier et pour les seules consultations externes désignées nommément dans un avenant à la convention.

Le malade sera suivi chez lui :

Médicalement.

Par le médecin généraliste de son choix qui aura communication de son dossier hospitalier,

Par l'équipe médicale qui assurera les soins. Chaque infirmière a en charge un groupe de malades. Le temps passé auprès du malade sera donc défini en fonction des nécessités de chacun.

Une infirmière de nuit assure les appels urgents.

Par des consultations à l'hôpital d'origine,
Par des examens de laboratoire
Suivant les prescriptions du médecin hospitalier ou du médecin traitant.

Par le kinésithérapeute, s'il y a indication du médecin hospitalier ou du médecin traitant.

Ortophoniste.

Matériellement et financièrement.

Seront pris en charge les frais concernant :

Le matériel médical nécessaire au malade (potence, fauteuil), ainsi que les fournitures de soins usuelles (coton, alèses).

Le kinésithérapeute qui est payé sur présentation de ses feuilles d'honoraires chaque fin de mois.

Les frais d'aide-ménagère, si les conditions de santé et de famille le nécessitent.
Présence de 2 heures par jour pour seconder la famille, pas

plus de 10 heures par semaine.

Sont exclus de la prise en charge.

- Les soins pratiqués par les médecins spécialistes.
- Les actes d'électrothérapie et d'électro-cardiologie.
- Les transfusions de sangs.

Si le malade a séjourné à l'hôpital 30 jours, il est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale. S'il reste moins de 30 jours à l'hôpital, il est pris en charge à 80 % par la Sécurité Sociale. Son ticket modérateur sera de 20%.

6 - Lutte contre les taudis : PACT.

Protéger, Améliorer, Conserver, Transformer l'habitat.

Les PACT ou centre d'amélioration du logement, association sans but lucratif spécialisé dans l'habitat ancien sont au nombre de 130 dans toute la France.

Leurs activités sont nombreuses et diverses pour :

- améliorer :

Installation d'eau froide et chaude, équipement de salle d'eau, WC particulier, chauffage central, isolation thermique et phonique.

- Entretenir, Réparer, Restaurer :

Réfection de plafonds, planchers, toitures, peintures intérieures, façades.

- Transformer ou agrandir :

Pièces supplémentaires, surélévation, aménagement de greniers.

7 - Aide aux vacances.

Plusieurs possibilités sont offertes au titre de l'Aide aux vacances aux personnes âgées, par les communes, les caisses de retraite, et divers organismes. Il faut toutefois préciser qu'elles dépendent du niveau de revenu des demandeurs les personnes ayant les plus faibles ressources étant prioritaires. Ces aides sont, soit versées directement à l'intéressé, soit versées aux organismes de vacances. Pour cela les person-

nes âgées doivent s'adresser aux divers organismes:

* Au bureau d'Aide Sociale de la Mairie (aide sociale facultatives) où l'on doit constituer un dossier. Les aides sont plus ou moins importantes selon les fonds accordés au Bureau d'aide sociale, et variant suivant les communes.

* A la Caisse Régionale de Sécurité Sociale du lieu de résidence, les personnes considérées sont bénéficiaires d'un avantage vieillesse du régime général de la Sécurité Sociale.

* Le montant de l'aide comme les conditions de prise en charge sont variables d'une région à l'autre, mais la plupart des caisses accordent au minimum une aide aux bénéficiaires de l'allocation du Fonds National de Solidarité. Les frais de voyage sont le plus souvent à la charge des retraités mais quelques caisses accordent une indemnité de transport.

* A la Caisse départementale ou régionale de régime qui verse la retraite si celui-ci n'est pas la Sécurité Sociale (Mutualité Agricole, Mines, SNCF, EDF). L'aide varie selon les régimes.

* A la Caisse qui sert la retraite complémentaire : En effet, les Caisses de retraites complémentaires participent de façon très active aux vacances des retraités. La participation de la Caisse dépend du montant de la retraite complémentaire.

* Au comité d'entreprise du dernier emploi : La plupart des comités d'entreprise ont leurs propres centres de vacances. La participation financière demandée est faible et varie suivant chaque cas.

On voit que beaucoup d'organismes participent à l'aide aux vacances pour les personnes âgées. Pourtant seulement 26 % de personnes âgées partent en vacances dont 42 % dans la famille. Ces chiffres peuvent s'expliquer par :

- la faiblesse des ressources des personnes âgées dans leur ensemble.

- le fait que les personnes âgées souffrent d'handicaps physiques divers les contraignant à rester souvent à leur domicile.

- la notion de vacances et de loisirs est encore trop récente dans notre société pour toucher pleinement l'ensemble de la population et notamment les personnes âgées.

8 - Universités du 3ème âge.

L'université du 3ème âge n'est pas encore conçue comme une copie d'un club du 3ème âge qui en ne regroupant que des personnes âgées concrétise et accentue la ségrégation des vieux.

Les personnes âgées se montrent souvent assez réticentes face aux réalisations telles que les clubs du 3ème âge c'est pourquoi l'université du 3ème âge doit se distinguer fondamentalement de la formule "club" par la poursuite de deux objectifs principaux :

Repousser toute ségrégation basée sur l'âge, du fait que ces sessions d'étudiants aux cheveux blancs, se déroulent dans le cadre d'une université où ils côtoient des étudiants avec lesquels ils partagent les locaux. Ainsi sont réalisés des contacts très réels entre jeunes étudiants et participants du 3ème âge.

A travers les activités poursuivies au bénéfice des individus l'université s'efforce de leur donner de nouvelles possibilités de s'intégrer dans la société en les orientant vers la prise de responsabilité dans la communauté ne fut-ce que sous la forme de bénévolat. Il est ainsi possible de redonner aux personnes âgées avec une dignité retrouvée le moyen de reprendre goût à la vie.

L'université du 3ème âge ne doit pas être réservée à une minorité mais appliquée à tous, travailleurs manuels aussi bien qu'intellectuels.

En alliant le développement des activités physiques à un effort systématique visant à permettre aux personnes âgées d'avoir un égal accès à patrimoine culturel, l'université du 3ème âge doit donner les moyens d'arriver à un équilibre psychique nécessaire au retardement de la dégradation physiologique.

Sur le plan de la Santé, l'Université du 3ème âge fournit une contribution très importante notamment sous la forme de bilans de santé et d'exercices physiques périodiques sous la direction d'un personnel qualifié. Cet exercice physique se réalise non seulement sous la forme classique de séances de culture physique en salle et par groupe d'âges, mais aussi par des promenades et des randonnées adaptées aux possibilités des intéressés et par la pratique de certains sports tels que la natation, la pêche, le tir à l'arc, la pétanque, le ski de fond etc... Parallèlement on s'applique à familiariser les personnes âgées aux problèmes de l'éducation sanitaire notamment sur les maladies pulmonaires, cardiovasculaires, mentales, la diététique,

l'hygiène alimentaire, physique, etc.. qui facilite l'acceptation des règles d'une vie harmonieuse et saine.

Au plan de la culture, l'effort est également considérable. Les séances hebdomadaires de conférences sur des sujets variés soit en rapport avec le 3ème âge soit plus généraux abordant l'histoire, la géographie, l'art, la littérature, la sociologie ou l'économie, stimulent la curiosité, la réflexion et le désir de connaissance, en même temps qu'elles actualisent et enrichissent le patrimoine culturel de chacun. Procédées d'un prologue musical de musique classique ou moderne les conférences sont toujours accompagnées de la projection de films ou de diapositives ou de l'écoute de bandes sonores. Chaque conférence est suivie d'une discussion, dont la pratique montre qu'elle est dans la plupart des cas, très vive et naturellement animée. Tables rondes, journées d'études, colloques complètent judicieusement le programme culturel.

Ainsi, au bout du chemin, se dégage une nouvelle idée de la vie, un art de vivre à travers lequel se réalise un équilibre physique et intellectuel propice à la sauvegarde de toutes les facultés.

On trouve dans ses rangs d'après une statistique récente 41 % d'hommes et 59 % de femmes. Dans l'échelle des âges on compte :

- * 4,6 % de moins de 50 ans
- * 15,0 % de 51 à 60 ans
- * 54,4 % de 61 à 70 ans
- * 23,4 % de 71 à 80 ans
- * 2,4 % de 81 à 90 ans
- * 0,2 % de plus de 90 ans

Le brassage des sexes est dans l'ensemble donc très correct et représentatif de la population française.

Par contre la formule dans son stade présent semble s'accompagner d'une sélection des adhérents, n'en permettant l'accès qu'aux catégories les plus évoluées et, disons-le, ayant une situation pécuniaire convenable.

Le nombre des manuels, des ouvriers, des petits salariés parmi les personnes âgées qui donnent leur adhésion à l'Université du 3ème âge est assez réduit. En effet, on compte

seulement à ce jour 6 % d'ouvriers, d'artisans, et d'agriculteurs, 13 % de secrétaires et d'employés, contre 43 % de membres des professions libérales, officiers, enseignants et cadres. Notons que les participantes sans profession atteignent 19,4 %.

Ces chiffres donnent à réfléchir. Ils montrent que dans son état actuel l'Université du 3ème âge n'est encore ouverte qu'à un très petit nombre de salariés modestes, alors que ceux-ci forment la majorité écrasante de la population active. Si cette tendance se confirmait on pourrait conclure que la technique des Universités du 3ème âge ne constitue pas une solution valable puisque ne touchant d'une infime partie des personnes âgées.

Il est frappant de constater que le recrutement "social" de l'Université du 3ème âge est parallèle à celui de l'Université en général.

D / Prospectives d'avenir : P.A.P. 15

P.A.P. 15 : Programme d'action prioritaire pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Le P.A.P. n° 15 est l'un des 25 programmes d'action prioritaire retenus par le VII^{ème} plan de développement économique et social (1976.1980).

Les personnes âgées désirent rester chez elles le plus longtemps possible. Le P.A.P. n° 15 a d'abord été conçu pour les y aider. D'une façon générale, il vise à développer leur participation à la vie de la cité et du village.

Le programme finalisé du VI^{ème} plan avait déjà pour objectif le maintien à domicile des personnes âgées dont la nécessité avait été évoquée dans le rapport de la commission LAROCHE en 1962.

Par la loi du 15 juillet 1971, le Parlement approuvait 6 programmes finalisés dont un sur le maintien à domicile des personnes âgées.

La caractéristique fondamentale d'un programme finalisé réside dans la provision simultanée des crédits de fonctionnement et d'équipement pour atteindre un objectif reconnu prioritaire et défini dans le cadre de la technique de Rationnalisation des Choix Budgétaires (R.C.B.). Cette technique vise à l'amélioration de l'efficacité des actions entreprises au stade de la conception comme au stade de la réalisation.

Un document de juin 1971, élaboré par le Commissariat Général du Plan et de la Productivité en liaison avec les services du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale a procédé à l'évaluation des moyens à mettre en oeuvre et de leur coût.

Ces moyens ont été mis en place dans le cadre d'un secteur qui doit organiser une action simultanée et coordonnée

Le maintien à domicile visait surtout les personnes âgées de 65 à 74 ans.

Trois types de moyens ont été mis en oeuvre en utilisant la réglementation en vigueur.

- Service d'aide ménagère,
- Service de soins à domicile,
- Equipement de base des quartiers, clubs (informa-

tion et animation des personnes âgées), foyers restaurants (restaurant et activités de clubs) centres de jour (où sont assurés les soins aux convalescents, les traitements de réadaptation, l'ergothérapie et éventuellement la psychothérapie de soutien et pouvant servir de base aux équipes chargées des soins à domicile).

Un contrat de programme signé par toutes les parties impliquées dans le fonctionnement des secteurs concrétise les actions mises en place dans le cadre du secteur.

L'Etat participe à ces contrats et s'engage à verser des crédits d'incitation ou de démarrage permettant la prise en charge pendant les deux premières années d'une partie des dépenses de fonctionnement - secrétariat, animation, formation des aides ménagères - et des crédits d'équipement représentant 40% des dépenses d'équipement.

Le 6ème Plan s'est donc attaché essentiellement au maintien à domicile des personnes âgées dans leur cadre de vie.

Le P.A.P. n° 15 du 7ème Plan poursuit cette politique et vise plus généralement à préserver et développer la participation des personnes âgées du 3ème et 4ème âge, à la vie sociale et culturelle de la cité.

Cette politique se donne comme objectifs :

- de lutter contre l'isolement des personnes âgées
- de développer la vie associative
- d'amener les personnes âgées à participer aux décisions qui les concernent.

Elle veut, non pas mettre en place des équipements, mais principalement inculquer un état d'esprit nouveau en facilitant l'engagement social des personnes du 3ème âge. Cette participation des personnes âgées à la vie sociale doit devenir un élément naturel de leur mode d'existence.

Action obligatoire n° 1

AMELIORATION DE L'HABITAT :

Pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées, il est nécessaire de réhabiliter ou d'améliorer les logements qu'elles occupent.

Participants aux travaux :

- les P.A.C.T. et les C.A.B.
- les Comités départementaux d'habitat rural.

Exemples de travaux possibles :

- Travaux d'entretien courant, peintures, tapisseries.
- Travaux d'amélioration, plâtres, pose de revêtements de sol, installation de l'eau, de l'électricité de sanitaires.
- Réfection ou remise en état.
- Téléphone.

Action obligatoire n° 2.

PARTICIPATION A LA VIE SOCIALE ET CULTURELLE.

L'amélioration de l'habitat qui tend à assurer l'autonomie des personnes âgées doit s'accompagner pour maintenir leur insertion sociale :

- d'une lutte contre l'isolement,
- d'une participation du 3ème âge à la vie socio-culturelle de la Cité, de la Commune, du Quartier et aussi d'un rapprochement des générations.

Rôle des personnes âgées pour la définition et la mise en oeuvre de ces activités, la participation des personnes âgées et des associations du 3ème âge, sera nécessairement recherchée.

Participants à cette action :

- les bureaux d'aide sociale
- les universités du 3ème âge
- les clubs et offices de personnes âgées
- les centres sociaux
- les personnes âgées.

Exemples d'activités possibles : outre la création

de clubs :

- Prises en charge des enfants à la sortie des écoles
- Tenue des permanences d'informations
- Activités diverses dans des maisons des jeunes et de la culture des quartiers, de foyers ruraux, locaux, collectifs, résidentiels.
- Petites réparations de dépannage à domicile
- Balisage de sentiers ruraux
- Protection de l'environnement
- Activités de peinture, chorale, théâtres.

Actions optionnelles.

Informations préventives

- Préparation à la retraite
- Rapprochement des générations

Cadre de vie

- Adaptation du logement aux handicapés du grand âge
- installation du téléphone
- Aide ménagère
- Lavage de linge, grand nettoyage, petits travaux d'entretien.

Restauration diététique

- Foyers-restaurants
- Repas à domicile
- Autres services, courses domestiques, chèque-restaurants.

Activités d'animation

- Activités physiques : gymnastique, marche, danse
- Activités culturelles : jeux de l'esprit, langues étrangères, spectacles.
- Services téléphoniques -dialogue assistance-.

Fonctions sanitaires

- Soins à domicile
- Centre de jours
- Consultation de gérontologie sociale.

E / CONCLUSION.

Faut-il maintenant coûte que coûte les personnes âgées à domicile?

Voilà une question qui doit entraîner une réponse nuancée en examinant presque cas individuellement.

Essayons d'abord d'analyser les raisons de l'abandon de leur domicile par les personnes du 3ème ou 4ème âge. Les raisons sont multiples mais peuvent se ramener à trois raisons principales :

Habitat, expulsion et relogement dans un quartier éloigné et à un loyer trop élevé, logement mal équipé ou à étage élevé sans ascenseur.

Psychologique, peur d'être seule, peur de tomber malade, peur de mourir seule.

Pathologie, sûrement la plus fréquente et plus éprouvante que pour les adultes plus jeunes. A ce niveau il faut distinguer les personnes valides et les autres.

Les personnes âgées valides désirent continuer à vivre à l'endroit et dans le milieu où elles ont toujours vécu et auxquels elles sont attachées comme des témoins de leur passé. Pour beaucoup d'entre elles, la question du maintien à domicile ne se pose même pas et, mêmes malades, même seules, elles sont viscéralement opposées à quitter leur foyer. C'est donc pour elles que l'action gérontologique sociale qui se développe aujourd'hui sous diverses formes (aide ménagère, clubs, vacances, centres de jour, repas à domicile), prend toute sa signification.

Quoi qu'il en soit on peut dire que c'est pour cette catégorie de personnes qu'il est primordial de garantir un niveau de ressources non seulement décentes mais suffisantes ainsi que la jouissance d'un logement correct et doté d'un certain confort.

Les autres personnes âgées sont celles qu'on appelle habituellement invalides et qui présentent une maladie aiguë ou chronique, une invalidité physique ou psychique. C'est pour cette catégorie que le médecin aura quelques difficultés à se prononcer pour ou contre le maintien à domicile.

A partir d'un exemple vécu et concret dans un service hospitalier, la seconde partie de ce travail va nous permettre de voir si l'ensemble de ces mesures en faveur des personnes âgées sont bien comprises et bien appliquées.

III - 2ème CHAPITRE.

A / INTRODUCTION : HISTORIQUE SUR GENAS.

La Maison HENRI PAUL MARTIN a été créée par l'Association des personnes âgées du Rhone et de l'Isère ; son but initial était de recevoir les rapatriés d'Afrique du Nord âgés et désirant vivre en Maison de Retraite et également les personnes âgées de ces deux départements.

De nombreuses difficultés de fonctionnement ont fait que le Conseil d'Administration de L'Association dont HENRI PAUL MARTIN était le Président a proposé aux Hospices Civils de LYON d'assurer la prise en charge administrative, financière et médicale de l'Etablissement, ce qui a été fait à partir de février 1967 date d'ouverture de la Maison.

A l'origine la Maison a été rachetée par les Hospices Civils de LYON pour accueillir les malades du pavillon N, afin de permettre à ce dernier de remplir son rôle de pavillon d'urgence. Très rapidement la Maison s'est ouverte aux malades qui nécessitent encore des soins et une surveillance médicale en provenance de tous les pavillons de l'Hôpital Edouard HERRIOT.

Actuellement depuis le 1er octobre 1977 la Maison reçoit les malades en provenance des divers hôpitaux des Hospices Civils de LYON.

La Maison HENRI PAUL MARTIN constitue donc un relais entre l'hôpital et le retour à domicile des personnes âgées parfois le départ se fait vers des Maisons de Retraite.

Comme nous le verrons plus tard la Maison accepte très peu de pensionnaires et se classe surtout comme un service de convalescence pour personnes âgées.

Au point de vue administratif elle est classée comme service de gériatrie.

B / PRESENTATION DE LA MAISON.

1 - Locaux.

La Maison HENRI PAUL MARTIN est sise à VUREY commune de GENAS. Elle est située dans un cadre de verdure agréable, entourée d'un grand parc avec pelouses.

On y accède par quatre marches d'escaliers ou par un plan incliné pour les malades avec chariot. Maison de plein pied, constituée d'un couloir central sur lequel débouchent cinq autres couloirs.

L'entrée comprend un hall de réception avec bureau de la surveillante, secrétariat, bureau de l'assistante sociale.

Cette entrée se prolonge par un réfectoire réservé aux malades, puis viennent les cuisines.

Une salle de travail servant de bibliothèque ou de salle de télévision est attenante à ce hall d'entrée.

Le couloir central comprend une salle de kinésithérapie, un salon de coiffure, une salle de radioscopie, une lingerie et des chambres pour les malades.

Le premier couloir entièrement réservé aux malades est constitué de chambres à un, deux ou trois lits.

Le couloir numéro deux comprend le bureau du médecin chef de service, le bureau médical, une salle de soins et une infirmerie accueillant les personnes qui nécessitent des soins plus intensifs et une surveillance accrue.

Les couloirs numéros trois, quatre et cinq avec des chambres à deux ou trois lits sont de préférence réservés aux personnes assez autonomes et parfois aux couples.

2 - Personnel.

Tout le personnel de la maison HENRI PAUL MARTIN dépend directement des Hospices Civils de Lyon.
Celui-ci comprend :

- a/ un personnel médical.

- * un médecin chef de service à temps partiel,
- * un médecin psychiatre vacataire assurant ses consultations le vendredi après-midi,
- * un interne CHU,
- * des externes en nombre variable suivant la répartition du choix hospitalier,
- * deux surveillantes dont une faisant fonction de directrice,
- * trois infirmières,
- * trois aide-soignantes,
- * un kinésithérapeute vacataire,
- * une pédicure vacataire,
- * trois veilleuses de nuit,
- * une animatrice d'atelier.

- b/ des employés de service.

- * douze agents de service dont trois s'occupent des cuisines,
- * un cuisinier,
- * un magasinier,
- * un jardinier,
- * un vaguemestre garçon de course,
- * un chauffeur,
- * une coiffeuse venant une fois par semaine de l'hôpital Edouard Herriot,
- * une secrétaire.

- c/ une assistante sociale à temps partiel.

C / ECONOMIE.

1 - Budget de fonctionnement.

La Maison HENRI PAUL MARTIN est un établissement médical à but non lucratif régi par la loi de 1901.

Le budget de fonctionnement est un budget prévisionnel établi par avance en fonction des dépenses à envisager.

Celui-ci doit être en équilibre d'une année sur l'autre.

Budget d'exploitation : Représente les frais indispensables à la bonne marche de la Maison.

- * Salaires : Ceux-ci représentent environ 50 % du budget de fonctionnement.
- * Nourriture : Représente 9 % des dépenses.
- * Pharmacie : Celle-ci entre pour environ 8 % des dépenses.
A ce propos nous pouvons retenir que les dépenses en produits coûteux se montent par jour et par malade à : 1,51 F. sur le total de l'année, avec un maximum en février à 2,28 F. et un minimum en août à 1,08 F.
- * Amortissement des locaux : Représente entre 8 % à 10 % du budget.
- * Dépenses médicales, entretien : Représentent environ les 20 % restant. Les dépenses médicales recouvrent l'achat et l'entretien de matériels médicaux coûteux, telle une radioscopie par exemple.

2 - Prix de journée.

rapport entre : Celui-ci se calcule chaque année, c'est le

Dépenses prévisionnelles

Nombre de journées d'hospitalisation

C'est un prix forfaitaire, s'y ajouteront les honoraires médicaux au tarif public. Il ne traduit pas le coût réel du malade.

EVOLUTION DU PRIX DE JOURNEE DEPUIS 1971.

	1971	1972	1973	1974		1975		1976	
				1/1 30/6/	1/7 31/12	1/1 31/3/	1/4/ 31/12	1/1 19/2	1/3/ 31/12
Secteur Géria- trie	77,30	87,20	94,50	111,30	120,20	137,00	161,70	190,60	195,20
Pension- naire	29,60	33,40	36,20	42,60	45,60	52,00	61,40	72,40	75,40

Actuellement depuis le 1er janvier 1977
le prix de journée est fixé à :

Secteur gériatrie 214.60 F.

Pensionnaire 80.60 F.

3 - Lits en service.

La Maison HENRI PAUL MARTIN se divise en deux secteurs :

* 1 secteur gériatrie avec un potentiel de 60 lits

* 1 secteur personnes âgées ou pensionnaires avec un potentiel de 29 lits.

Ceux-ci se répartissent en :

* 21 chambres à 1 lit,

* 16 chambres à 2 lits,

* 12 chambres à 3 lits,

soit un total de 89 lits d'hospitalisation.

Actuellement le secteur personnes âgées n'occupe que 7 lits.

4 - Journées réalisées.

Les chiffres qui suivent sont tirés du rapport d'activité de l'hôpital Edouard HERRIOT pour l'année 1976.

Lits en service Au 31/12/76		Journées RÉALISÉES	ENTRÉES
Personnes âgées	29	3 163	1
Gériatrie	60	19 197	574
Total	89	22 360	575

Etat comparatif 1976 journées prévisionnelles/
journées réalisées.

DISCIPLINES	J O U R N E E S		DIFFERENCE
	PREVUES	REALISEES	
Gériatrie	22 439	19 197	- 3 242
Personnes âgées	3.960	3 163	- 797

5 - Pourcentage d'occupation.

	OCCUPATION MOYENNE		SEJOUR MOYEN	TAUX DE ROTATION
	1	2		
Personnes âgées	29 %	29,63 %	33,44	9,5
Gériatrie	87 %	87,41 %		
Total	68 %	68,51 %		6,4

1- Calcul du pourcentage d'occupation compte tenu de la fermeture des lits pour travaux et par manque de personnel.

2- Calcul du pourcentage d'occupation compte tenu de la fermeture des lits pour travaux et par manque de personnel y compris durant les congés annuels.

D / MALADES.1 - Région de recrutement avant hospitalisation.

Les chiffres qui vont suivre concernent l'année 1976 et proviennent du bilan annuel du rapport d'activité de l'hôpital Edouard HERRIOT.

Ain	9
Allier	1
Alpes Maritimes	1
Ardèche	1
Aveyron	1
Corse	1
Drôme	3
Isère	23
Loire	6
Haute Loire	1
Lozère	1
Puy de Dôme	3
Rhône	516
Saône et Loire	5
Savoie	1
Ville de Paris	1
Var	1
Tom - Dom	0
Pays étrangers	0

Soit un total de 575 hospitalisation.

On constate donc que la Maison HENRI PAUL MARTIN est surtout attractive pour le département du Rhône.

Le restant des malades provenant surtout des départements de la région Rhône Alpes.

Très peu de personnes viennent des départements limitrophes de la Région Rhône Alpes.

2 - Hôpital d'origine.

A l'origine la Maison HENRI PAUL MARTIN a été rachetée par les hospices Civils de Lyon pour décharger le pavillon N de l'excédent de malades.

Donc les malades proviennent presque en totalité des services de l'hôpital Edouard HERRIOT que ceux-ci soient médicaux ou chirurgicaux.

Parfois quelques malades en nombre très limité proviennent d'autres hôpitaux des hospices Civils de Lyon.

Depuis le 1er octobre 1977 la Maison est ouverte à tous les services des hospices Civils de Lyon.

3 - Durée moyenne du séjour : Evolution comparative sur 3 ans.

Il est à noter que le service se divise en 2 secteurs

* Un secteur personnes âgées qui comporte uniquement des pensionnaires.

* Un secteur gériatrie qui normalement est agréé par la Sécurité Sociale avec une durée moyenne de séjour de 1 mois.

Parfois des dérogations pour état de santé sont accordées avec des prolongations plus ou moins longues.

Durée moyenne du séjour secteur gériatrie.

ANNÉE 1974

ANNÉE 1975

ANNÉE 1976

38,40

37,27

33,44

On assiste donc à une baisse de la durée moyenne du séjour de 5 jours sur une période de 3 ans.

4 - AGES, SEXES.

Il nous est apparu intéressant de classer les différents malades par classes d'âges de 5 ans en 5 ans.

Normalement la Maison HENRI PAUL MARTIN n'accepte que les personnes âgées d'au moins 65 ans.

Parfois des dérogations sont accordées et la Maison prend des malades dès l'âge de 60 ans, ce que montrera le tableau qui suit.

AGES	FEMMES	HOMMES	TOTAL
60 - 65	20 soit 3,96%	12 soit 2,37%	32 soit 6,33%
65 - 70	44 soit 8,71%	33 soit 6,53%	77 soit 15,24%
70 - 75	84 soit 16,63%	36 soit 7,12%	120 soit 23,75%
75 - 80	80 soit 15,84%	34 soit 6,73%	114 soit 22,57%
80 - 85	84 soit 16,63%	19 soit 3,76%	103 soit 20,39%
85 et plus	48 soit 9,50%	11 soit 2,17%	59 soit 11,67%
Total général	360 soit 71,27%	145 soit 28,73%	505 soit 100%

Comme nous le constatons auparavant il y a eu 575 entrées en 1976 à la maison HENRI PAUL MARTIN.

Sur ces 575 entrées 567 personnes possèdent un dossier médical qui nous a servi de base à classer les malades par catégories d'âges et de sexes.

En ce qui concerne l'âge nous n'avons pu retrouver que 505 dossiers médicaux complets.

Les 62 dossiers incomplets étant un oubli lors de la retranscription de ceux-ci.

Ce tableau met en évidence deux choses importantes:

- * La maison reçoit essentiellement une population féminine.
- * Le recrutement se fait surtout dans des classes d'âges assez élevées.

5 - Pathologies rencontrées.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Ostéoarticulaire traumatologie	22	104	126 - 19,70 %
Cardio-vasculaire	21	78	99 - 15,49 %
Digestive	32	66	98 - 15,40 %
Psychiatrique	19	67	86 - 13,40 %
Cancéreuse	30	42	72 - 11,50 %
Génito-urinaire	24	11	35 - 5,50 %
Ophthalmologique	3	25	28 - 4,50 %
Hématologique	4	17	21 - 3,30 %
Endocrinienne	4	17	21 - 3,30 %
Neurologique	5	15	20 - 3,10 %
Pulmonaire	6	8	14 - 2,20 %
Dermatologique	6	6	12 - 1,90 %
Infectieuse	2	5	7 - 1,00 %
	178	461	639 - 100 %

Durant l'année 1976 sur un total de 575 entrées nous avons pu exploiter 567 dossiers médicaux pour classer les malades par pathologies. Comme nous le voyons dans le tableau ci-dessus on arrive à un total de 639 qui s'explique par le fait que certains malades présentaient une ou plusieurs pathologies.

Les diverses pathologies se répartissent ainsi :

- * 503 malades présentaient 1 maladie,
- * 56 malades présentaient 2 maladies,
- * 8 malades présentaient 3 maladies.

Nous observons que les affections ostéoarticulaires avec environ 20 % du total des maladies invoquées lors de l'hospitalisation viennent en tête des diverses maladies.

La forte proportion de femmes s'explique par le recrutement qui est surtout féminin. Prédominance féminine habituelle dans cette tranche d'âge de la population française.

a - Pathologie ostéoarticulaire traumatologique.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Fractures luxations	11	37	48
TC + PC	8	20	28
Arthrose, Prothèses	3	16	19
Arthrite + P C R	0	10	10
Ostéoporose	0	10	10
Lombo-sciatique	0	4	4
Paget	0	4	4
Hallux-Valgus	0	3	3
	22	104	126

Avec 19,7 % la pathologie ostéoarticulaire et traumatologique représente la plus forte population de malades hospitalisés, ceci se comprend facilement par le fait que la pathologie ostéoarticulaire est due à un phénomène de vieillissement.

Les chutes étant fréquentes chez les personnes âgées on trouve également un nombre important de fractures et de traumatismes crâniens.

b - Pathologie cardio-vasculaire.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Artérite des membres inférieurs	13	9	22
Accident vasculaire cérébral	2	17	19
Insuffisance cardiaque	3	20	23
Hypertension artérielle	2	18	20
Troubles du rythme	1	5	6
Infarctus, angine de poitrine	0	5	5
Phlébites	0	4	4
	21	78	99

Avec 15,49% la pathologie cardio-vasculaire est très inférieure à la réalité due en partie au fait que beaucoup de malades sont hospitalisés d'emblée à l'hôpital cardiologique.

La Maison HENRI PAUL MARTIN ne possédant pas d'accords privilégiés avec cet hôpital, ceci explique en partie le petit nombre de malades souffrant d'une affection cardio-vasculaire qui nécessitait un séjour dans notre établissement.

La plupart des affections cardiologiques telle l'hypertension artérielle reçoivent un traitement uniquement ambulatoire.

c - Pathologie digestive.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Lithiase biliaire cholecystectomie	5	22	27
Asthénie dénutrition	6	14	20
Hernies inguinales crurales	9	7	16
Ulcère d'estomac	8	5	13
Syndrome abdominal	0	7	7
Cirrhose alcoolique	1	3	4
Appendicectomie	1	2	3
Diarrhée aiguë	2	0	2
Hémorroïdes opérées	0	2	2
Occlusion du grêle	0	1	1
Abcès péricolique	0	1	1
Kyste hydatique	0	1	1
Abcès de l'anus	0	1	1
	32	66	98

Avec 15,4 % la pathologie digestive est numériquement importante.

Cette pathologie recouvre un large éventail d'affections avec une forte proportion de cholecystectomies.

d - Pathologie psychiatrique.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Syndrome dépressif	11	30	41
Démence sénile	2	13	15
T S	3	5	8
Confusion mentale	1	6	7
Délire	1	6	7
Délirium trémens	1	5	6
Solitude	0	2	2
	19	67	86

Avec 13,4 % la pathologie psychiatrique représente un nombre très important de malades.

La pathologie psychiatrique affectant le vieillard doit être souvent considérée comme une réaction à la solitude à des conditions de vie matérielle médiocre et à son angoisse de mort.

c - Pathologie cancéreuse.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Cancers digestifs	22	15	37
Génitaux urinaires	3	22	25
Peaux	0	4	4
O R L	3	0	3
Os	2	0	2
Poumons	0	1	1
	30	42	72

Avec 11,3 % la pathologie cancéreuse semble correctement représentée par rapport à l'ensemble des maladies.

Le cancer touche souvent l'adulte moins âgé que la majorité de nos pensionnaires.

Ceux-ci nous sont souvent adressés à un stade terminal de la maladie.

f - Pathologie génito urinaire.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Adénome prostatique	21	0	21
Hystérectomie	0	4	4
Insuffisance rénale	3	1	4
Néphrectomie	0	2	2
Hématurie	0	1	1
Cystite	0	1	1
Tuberculose urinaire	0	1	1
Kyste du sein	0	1	1
	24	11	35

Avec 5,5 % la pathologie génito-urinaire semble surtout affecter le sexe masculin.

En effet, cette pathologie se résume par une très nette proportion d'adénomes prostatiques.

La cystite qui est une maladie fréquente chez nombre de nos pensionnaires est exceptionnellement invoquée comme motif d'hospitalisation.

g - Pathologie ophtalmologique.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Cataracte	1	15	16
Glaucome	0	4	4
Décollement de rétine	0	4	4
Enucléation	1	1	2
Cécité	1	0	1
Greffe de cornée	0	1	1
	3	25	28

C'est avec étonnement que nous constatons le nombre peu important de personnes hospitalisées pour une affection ophtalmologique puisque celle-ci ne représente que 4,5 % des malades hospitalisés.

La cataracte, maladie du vieillard, même si elle vient en tête de cette pathologie ne représente pas un pourcentage élevé d'hospitalisation. Cela tient au fait que les personnes âgées hésitent souvent à se faire opérer d'une affection qui ne met pas leur vie en danger.

h - Pathologie hématologique.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Anémies	2	8	10
Leucose lymphoïde chronique	1	3	4
Epistaxis	0	3	3
Kahler	0	2	2
Thrombopénie	0	1	1
Leucose aplasique	1	0	1
	4	17	21

Avec 3,3 % la pathologie hématologique représente un faible pourcentage des malades hospitalisés.

Ce faible recrutement est dû au fait que les affections hématologiques ont une faible morbidité dans la population générale.

i - Pathologie endocrinienne.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Diabète	3	16	19
Myxoedème	0	1	1
Thyroïdectomie	1	0	1
	4	17	21

La pathologie endocrinienne représente seulement 3,3% des malades hospitalisés.

Nous pensions que le diabète affectait un nombre beaucoup plus important de nos pensionnaires. Pourtant cela s'explique par le fait que le nombre indiqué ci-dessus représente les diabètes déséquilibrés qui nécessitaient une hospitalisation en urgence. Par contre la morbidité est beaucoup plus importante si nous avons retenu dans nos statistiques toutes les personnes atteintes d'un diabète de type II qui nécessite uniquement un régime hypoglycémique et hypocalorique sans traitements médicamenteux adjuvants.

Dans ce cas précis le diabète n'a pas été retenu comme une pathologie invoquée lors de l'hospitalisation.

Les diabètes de type II nécessitant un traitement oral médicamenteux ont été comptabilisés dans nos 19 malades.

j - Pathologie neurologique.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Parkinson	3	5	8
Intoxication accidentelle à l'oxyde de carbone	0	4	4
Epilepsie	1	2	3
Névralgies intercostales	0	3	3
Paralysie du plexus brachial	1	1	2
	5	15	20

La pathologie neurologique représente 3,1 % des malades hospitalisés.

Celle-ci n'est pas particulièrement diversifiée mais elle est assez représentative de la classe d'âge de nos malades.

k - Pathologie pulmonaire.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Pneumopathies	4	2	6
Bronchites	2	1	3
Insuffisance respiratoire chronique	0	2	2
Sclérose pulmonaire	0	2	2
Pleurésie tuberculeuse	0	1	1
	6	8	14

La pathologie pulmonaire représente 2,2 % des malades hospitalisés.

Peu représentatif de la morbidité des affections pulmonaires dans la population générale.

Trois causes expliquent la faiblesse du recrutement

Bien souvent les affections pulmonaires sont traitées à domicile, d'une manière ambulatoire.

Sur la région lyonnaise les malades hospitalisés pour une affection pulmonaire sont dirigés de préférence vers l'hôpital cardio-pneumologique, qui ne possède pas d'accords privilégiés avec la Maison HENRI PAUL PART II pour recevoir des malades.

La région Rhône Alpes possède un fort équipement en sanatoriums reconvertis depuis plusieurs années en maisons spécialisées pour malades pulmonaires.

1 - Pathologie dermatologique.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Ulcères de jambes	4	4	8
Lichen	1	0	1
Angiodermite nécrotique	0	1	1
Eczéma	0	1	1
Psoriasis	1	0	1
	6	6	12

La pathologie dermatologique ne représente que 1,9 % des malades hospitalisés.

Nombre peu important expliqué facilement par le fait que les affections dermatologiques nécessitent rarement une hospitalisation et encore moins une convalescence après cette hospitalisation.

m - Pathologie infectieuse.

MALADIES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Zona	0	2	2
Hépatite virale	1	0	1
Fièvres inexpliquées	0	1	1
Salmonellose	1	0	1
Grippe	0	1	1
Erysipèle	0	1	1
	2	5	7

La pathologie infectieuse ne représente que 1 % des malades hospitalisés.

Mise à part quelques cas graves comme une salmonellose ou une hépatite virale la plupart des infections nécessitent uniquement un traitement ambulatoire.

E / ENTRETIEN AVEC DES MALADES.

1 - Entretien avec Madame J. Âgée de 69 ans qui réside actuellement à la Maison de Retraite de Morestel.

Question.

Depuis combien de temps vous trouvez-vous ici ?

Madame J.

Un an environ.

Question.

Où habitiez-vous avant de venir ici ?

Madame J.

J'habitais à Sathonay Camp.

Question.

Avez-vous toujours votre logement ?

Madame J.

Oui, je l'ai gardé au cas où j'aurai eu des difficultés ici.

Question.

Pourquoi êtes-vous venue en Maison de Retraite ?

Madame J.

C'est pour mon mari, on avait demandé une Maison de Retraite qui acceptait les couples, le plus près de Lyon possible, avec un prix de journée pas trop élevé. Mon époux est décédé quelque temps après son arrivée à Morestel.

Question.

Est-il décédé ici ?

Madame J.

Non, il est décédé à l'hôpital Ste Croix de Lyon en juillet 1976.

Question.

Vous me parliez du prix de journée, quel est son montant actuellement ?

Madame J.

60 F. par jour.

Question.

Pouvez-vous les payer ?

Madame J.

Pas complètement mais j'ai 3 enfants qui ne viennent en aide.

Question.

Pensez-vous avoir assez d'argent pour vivre ?

Madame J.

Actuellement oui, car ici je n'ai pas de gros frais.

Question.

Pensez-vous rester dans cette maison ?

Madame J.

Juste après la mort de mon mari, j'ai pensé partir pour me rapprocher de Lyon, mais comme je me sentais pas trop mal ici, j'ai décidé de rester.

Question.

Avez-vous des visites de vos anciennes amies ?

Madame J.

Oui quelque fois elles passent un Dimanche à Morestel.

Question.

Suivez-vous toujours un traitement médical ?

Madame J.

Oui, je le supporte très bien, et un médecin passe une fois par semaine à la Maison pour s'occuper des pensionnaires.

C'est sur ces dernières paroles que l'entretien prit fin.

2 - Entretien avec Madame B. âgée de 70 ans qui habite toujours son logement à Lyon.
 Traitée depuis plusieurs années pour syndrome dépressif, absorbe régulièrement 8 à 10 comprimés de somnifère par jour.

Question.

Suivez-vous actuellement un traitement particulier ?

Madame B.

Non, si ce n'est des comprimés de somnifère.

Question.

Sortez-vous fréquemment de chez vous ?

Madame B.

Non, car je souffre d'arthrose et cela m'empêche de descendre mes 3 étages, de plus dans la rue j'ai peur.

Question.

Comment faites-vous pour faire vos commissions ?

Madame B.

Une aide ménagère vient m'aider une heure par jour, elle en profite pour faire mes commissions.

Question.

Avez-vous des problèmes dans l'entretien de votre ménage.

Madame B.

Non, mais c'est surtout le manque de chauffage central qui est le plus difficile.

Question.

Votre retraite vous permet-elle de vivre décemment ?

Madame B.

Pas tellement, comment voulez-vous vivre de nos jours avec 1.000 F. par mois, de plus pendant mon hospitalisation j'ai oublié de remplir ma feuille pour bénéficier de l'allocation logement. Cette allocation m'est supprimée depuis plusieurs mois, et j'ai eu beaucoup de difficultés à la réobtenir.

Question.

Avez-vous des enfants qui éventuellement pourraient s'occuper de vous ?

Madame B.

J'ai une fille mais elle ne vient plus me voir depuis 10 ans.

Question.

Pensez-vous dans un avenir plus ou moins proche rentrer dans une Maison de Retraite ?

Madame B.

Non, il faudrait que je sois bien malade ou invalide pour accepter de rentrer dans une Maison de Retraite.

C'est sur cette affirmation que prit fin l'entretien.

F / Enquête auprès d'anciens pensionnaires.

1 - Présentation de l'enquête.

Il nous est apparu intéressant de connaître le devenir de nos anciens malades. Comme échantillon nous avons pris les malades hospitalisés dans le service pendant l'année 1976.

Nous avons eu 575 entrées durant l'année 1976.

Nous avons pu exploiter 567 dossiers, les dossiers de 27 personnes décédées soit dans notre service soit quelques jours après leur réhospitalisation ont été éliminés.

L'enquête se divise en deux parties bien distinctes:

- Malades placés par nos soins dans différentes Maisons de Retraite.

- Malades retournés à leur domicile (les anciens malades demeurant dans des résidences étant classés dans ce groupe).

a/ Malades placés en Maisons de Retraite.

Durant l'année 1976, nous avons placés 110 de nos pensionnaires dans 34 Maisons de Retraite, un questionnaire a été adressé au Directeur de chaque Maison de Retraite dans l'espoir d'avoir un nombre plus important de réponses.

Nous avons obtenu 73 réponses soit 66 % provenant de 25 Maisons de Retraite différentes.

Sur ces 73 dossiers nous avons dû éliminer 14 dossiers soit 19 % qui portaient uniquement la mention décédé, avec la date du décès (les autres rubriques n'étaient pas complétées); il y avait 11 décès féminins et 3 décès masculins qui variaient de 1 mois à 1 an après la date d'entrée en Maison de Retraite avec un maximum à 3 mois.

Notre enquête étant effectuée en juin 1977, nous avons donc un recul variant de 6 mois à 18 mois.

Nous avons donc pu exploiter 59 dossiers ce qui représente 55 % du total des questionnaires envoyés.

b/ Malades retournés à domicile.

Durant l'année 1976, 430 de nos pensionnaires sont retournés à leur domicile.

- 60 personnes n'ont pas eu de questionnaires car les adresses indiquées étaient trop incomplètes. Donc au total l'enquête portait sur 370 personnes.

Sur ces 370 questionnaires nous avons obtenus 205 réponses qui se répartissent ainsi :

- 21 personnes n'habitent plus à l'adresse indiquée.

- 26 personnes sont décédées.

- 158 dossiers complets soit 43 % des 370 questionnaires envoyés.

2 - Enquête auprès des maisons de Retraite.

a - Lettre de présentation et d'introduction auprès des maisons.

Monsieur le Directeur,

Un certain nombre de vos pensionnaires sont arrivés dans votre établissement en provenance du nôtre (Service de gériatrie des Hospices Civils de Lyon, Maison HENRI PAUL MARTIN à Genas).

Notre but est de permettre une meilleure réinsertion du vieillard et afin de pouvoir juger de notre efficacité, nous avons demandé à un jeune médecin ex-étudiant hospitalier dans notre service de faire sa thèse dans ce sens.

Nous vous serions reconnaissant de bien vouloir remplir le petit questionnaire joint pour chacun de vos pensionnaires en provenance de notre établissement.

Vous remerciant par avance de bien vouloir contribuer à l'amélioration du fonctionnement de notre service.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos sentiments dévoués.

b - Questionnaire à remplir par les maisons de Retraite.

NOMS	PRENOMS	AGE	DATE D'ENTREE	REPONSE
- Est-il encore chez vous. - Sinon connaissez-vous son devenir. - Parle au sujet de son votre établissement. - Si départ motif : *Excellent état général : retour à domicile *Départ pour cause financière * Départ pour maladie (aggravation de son état depuis son entrée). * Décès. - Jugez vous que l'orientation sur votre établissement a été : 1/ une erreur : au fait : de son état somatique : de son état psychologique au fait : de problèmes sociaux : de problèmes d'adaptation 2/ Bénéfique. - Pensez-vous que le séjour à Vurey ou chez vous ait favorisé ou non le maintien du lien familial. - Incidence du kilométrage (vieillard par rapport à la famille). - Incidence de l'aide sociale par rapport : * aux enfants * aux amis de parent * au psychisme du vieillard - <u>OBSERVATIONS</u> :				

c - Résultats de l'enquête.

Des 59 dossiers que nous avons pu exploiter les réponses se décomposent comme suit :

- Est-il encore chez vous.

30 oui soit 51 % (18 femmes et 12 hommes)

29 non soit 49 % (8 hommes et 21 femmes)

- Sinon connaissez-vous son devenir.

Nous avons obtenu 21 réponses positives soit 36 % des réponses.

- 5 départs à l'hôpital soit 8,5 %

-10 retours à domicile soit 17 %

- 1 départ pour une résidence soit 1,5 %

- 5 départs pour une autre maison de retraite soit 8,50%.

- Durée du séjour dans votre établissement.

Celui-ci variait pour les hommes de 15 jours à 15 mois, avec une moyenne de séjour de 5 mois.

Celui-ci variait pour les femmes de 1 jour à 18 mois, avec une moyenne de séjour de 7 mois.

En effet notre enquête effectuée en juin 1977 et portant sur l'année 1976 avait un recul maximum de 18 mois et un recul minimum de 6 mois expliquant les réponses des maisons quant à la durée du séjour.

- Si départ motif :

* Excellent état général : retour à domicile.

10 personnes sont retournées à leur domicile soit 17%
(7 hommes et 3 femmes).

* Départ pour cause financière.

1 femme avait invoquée ce motif soit 1,70%.

* Départ pour maladie, (aggravation de son état depuis son entrée).

5 personnes soit 8,5 % (2 hommes et 3 femmes).

* Décès.

Comme déjà cité précédemment 14 décès soit 19 %, (5 hommes, 11 femmes).

- Jugez-vous que l'orientation sur votre établissement a été :

1/ Une erreur :

- du fait de son état somatique,
5 réponses positives soit 8,5 %
- de son état psychologique,
9 réponses positives soit 15,25 %
- du fait de problèmes sociaux,
1 personne soit 1,7 %
- de problème d'adaptation,
4 réponses positives soit 6,80 %

2/ Bénéfique :

Dans 23 cas on a jugé que l'orientation a été bénéfique par le grand soit 31 %.

- Pensez-vous que le séjour à Vurey ou chez vous ait favorisé ou non le maintien du lien familial.

Dans 23 cas nous avons obtenu une réponse positive soit 39%
(8 hommes et 15 femmes).

Dans 13 cas une réponse négative soit 32 % (10 femmes et 3 hommes)

- Incidence du kilométrage (vieillard par rapport à la famille.

Dans 11 cas soit 18,70% on ne retrouve pas d'importance à l'incidence du kilométrage, par contre,

Dans 6 cas soit 10 % on estime que celui-ci a de l'importance sur le nombre et la durée des visites.

- Incidence de l'aide sociale par rapport :

Cette question était posée car sur 110 malades adressés aux Maisons de Retraite 69 personnes avaient fait une demande à l'aide sociale.

* Aux enfants :

Semble sans incidence dans 3 cas, soit 5 %.

* Aux délais de paiement :

Semble sans incidence dans 4 cas, soit 7 %.

* Au psychisme du vieillard :

Semble sans incidence dans 4 cas, soit 7 %.

- OBSERVATIONS :

Cette rubrique était peu fournie, les gens n'ayant pas d'autres suggestions ou commentaires à faire.

d - Commentaires de l'enquête.

Nous avons obtenu un résultat d'ensemble de 53 % de réponses exploitables.

Beaucoup de personnes sont décédées puisque nous enregistrons 14 décès au total soit un pourcentage de 19 % qui apparaît énorme avec un recul variant de 6 mois à 18 mois.

Pourtant cela s'explique facilement par le fait que les gens placés en Maisons de retraite par nos soins sont ceux qui présentent bien souvent des problèmes médicaux importants. Le placement étant alors demandé pour raisons médicales.

Avec un total de 10 retours à domicile soit 17 %, il semble que les personnes âgées placées par nos soins dans les différentes maisons aient connu des problèmes d'adaptation,, ou que leur état de santé n'étant nettement amélioré ils n'ont pu envisager un retour à domicile.

Si les premières questions ont été dans l'ensemble assez bien comprises et ont eu un assez fort pourcentage de réponses il semble que les dernières questions ont été oubliées.

3 - Malades retournés à domicile.

Nous avons essayé de simplifier au maximum la tâche de nos anciens malades en leur adressant à titre personnel un imprimé à remplir de manière simple et à nous renvoyer à notre adresse dans une enveloppe pré-affranchie.

a - Questionnaire envoyé aux malades.

Vous avez séjourné durant l'année 76 à la maison HENRI PAUL MARTIN de Genas. Dans le souci de mieux pouvoir aider les personnes âgées nous aimerions savoir quel bénéfice vous avez retiré de ce séjour.

Vous nous aideriez grandement en répondant très simplement à ce questionnaire sur cette feuille même.

Réponses

- Comment jugez-vous votre état de santé actuel :
 - * sur le plan physique.
 - * sur le plan moral.
- Estimez-vous que votre séjour à Genas a été bénéfique pour votre état de santé.
- Avez-vous eu des difficultés à vous réinstaller à votre domicile.
- Utilisez-vous les services sociaux offerts par votre quartier (clubs, foyer restaurant, aide ménagère, centre social, dispensaire).
- Avez-vous été réhospitalisé depuis votre séjour de 76 à Genas.
- Pensez-vous aujourd'hui rester chez vous ou aller chez vos enfants, ou dans une maison de retraite.

Après avoir indiqué vos réponses à ce questionnaire il vous suffira de poster cette feuille dans l'enveloppe ci-jointe préimprimée.

En vous remerciant vivement de la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu répondre.

Veuillez agréer, l'expression de nos sentiments dévoués.

b - Résultats de l'enquête auprès des malades.

Des 158 dossiers que nous avons pu exploiter les réponses se décomposent ainsi :

- Comment jugez-vous votre état de santé actuel /

* sur le plan physique.

79 bon état physique soit 50 % (58 femmes, 21 hommes).

53 passable soit 33 % (39 femmes, 14 hommes).

26 mauvais soit 17 % (15 femmes, 11 hommes).

* sur le plan moral.

97 bon état moral soit 61 % (62 femmes, 35 hommes).

35 passable soit 22 % (29 femmes, 6 hommes).

26 mauvais soit 17 % (21 femmes, 5 hommes).

- Estimez-vous que votre séjour à Genas a été bénéfique pour votre état de santé.

143 bénéfique soit 90 % (102 femmes, 41 hommes).

15 non bénéfique soit 10 % (14 femmes, 1 homme).

- Avez-vous eu des difficultés à vous réinstaller à votre domicile.

50 ont eu des difficultés soit 32 % (35 femmes, 15 hommes).

108 n'ont pas eu de difficultés soit 68 % (77 femmes, 31 hommes).

- Utilisez-vous les services sociaux offerts par votre quartier (clubs, foyers restaurants, aide ménagère, centre social, dispensaire).

62 utilisent les services sociaux soit 39 % (45 femmes, 17 hommes), avec une nette prédominance pour l'aide ménagère et les clubs, les autres services étant très peu utilisés par nos anciens malades.

96 n'utilisent pas les services sociaux soit 61 % (66 femmes, 30 hommes).

- Avez-vous été réhospitalisé depuis votre séjour de '76 à Genas.

56 ont été réhospitalisés soit 35 % (37 femmes, 19 hommes).

102 n'ont pas été réhospitalisés soit 65 % (77 femmes, 25 hommes).

- Pensez-vous aujourd'hui rester chez vous ou aller chez vos enfants, ou dans une maison de retraite.

120 désirent rester à leur domicile soit 75 % (82 femmes, 38 hommes).

26 désirent aller en résidence ou en maison de retraite soit 17 % (21 femmes, 5 hommes).

12 désirent aller chez leurs enfants soit 8 % (9 femmes, 3 hommes).

c - Commentaires de l'enquête.

Le questionnaire a reçu un accueil favorable auprès de nos anciens malades, puisque nous avons obtenu 43 % de réponses exploitables.

Dans l'ensemble l'état de santé de nos anciens pensionnaires est satisfaisant, ceux-ci gardent un bon souvenir de la Maison HENRI PAUL MARTIN.

Nous avons été étonnés de la désaffection pour les services sociaux puisque seulement 39 % de nos anciens pensionnaires les utilisent ; car à l'intérieur même de la Maison un effort tout particulier d'information est fait auprès de nos malades.

Comme l'immense majorité des personnes âgées nos anciens malades désirent rester chez eux puisque 75 % expriment ce souhait.

G - DEVENIR DES MALADES.

1 - Propositions faites par le corps médical.

a/ Retour à domicile.

C'est le cas le plus fréquent puisque sur 574 malades nous en avons eu 430 qui sont retournés à leur domicile à la suite de leur séjour dans notre établissement. Les plus gros problèmes se posent lorsque nos malades habitent dans des étages élevés sans ascenseur et sans un minimum de confort.

Cas fréquents de personnes qui souffrent d'arthrose (gonarthrose, coxarthrose) ou d'insuffisance cardiaque et qui habitent au 4ème ou 5ème étage sans ascenseur.

b/ Réhospitalisation.

Parfois on réhospitalise pour quelques jours des malades en vue d'une nouvelle intervention chirurgicale ou d'un examen complémentaire que l'on ne peut pratiquer sur place.

Parfois c'est devant l'aggravation de la maladie que l'on se trouve contraint de réhospitaliser certains malades.

Malheureusement on déplore aussi 14 décès après réhospitalisation pour aggravation de l'état pathologique en cours. Dans la plupart des cas on reste en contact étroit avec le service d'origine et bien souvent on leur réadresse leurs malades pour une consultation externe.

Les rendez-vous sont assez longs pour une consultation mais dans l'ensemble les services font un effort important pour revoir leurs anciens malades le plus vite possible. Une navette assure la liaison entre Genas et l'hôpital Edouard HERRIOT.

c/ Maisons de Retraites.

C'est le cas pour 110 de nos pensionnaires, le

placement étant proposé autant pour des motifs médicaux que pour des raisons sociales. Le niveau de ressources intervient fréquemment dans la demande de placement en Maisons de Retraite.

Nous avons 69 demandes d'aide sociale sur les 110 placements effectués. Les plus grosses difficultés proviennent du fait qu'il existe très peu de Maisons de Retraite sur Lyon et sa proche banlieue par rapport à la population de personnes âgées résidant à Lyon. La plupart de nos pensionnaires habitent Lyon et il est très difficile de leur faire admettre de s'éloigner de l'agglomération lyonnaise.

De plus on peut déplorer le manque d'équipements sur la région lyonnaise pour les personnes âgées invalides psychiques ou physiques.

d/ Résidences.

Les personnes hospitalisées en provenance d'une résidence ont peu de difficultés dans l'ensemble pour retrouver leur place. Par contre il est plus difficile de faire admettre à quelqu'un venant de son domicile de rentrer dans une résidence.

En effet si Lyon manque de Maisons de Retraite surtout pour invalides et dégradés psychiques, elle est par contre très bien équipée en résidences.

Trois difficultés gênent pourtant le placement en résidence :

- être valide et autonome,
- avoir 70 ans et être de nationalité française,
- très peu de places disponibles rapidement, délais d'attente assez long pour un placement, (environ 2 ans en 1977).

Les résidences offrent de nombreux services, chambres meublées par les soins des pensionnaires avec WC, salle de bains, coin cuisine, restaurant de la résidence ouvert tous les jours sauf le dimanche. Salle de réunions, salle de travail, salle de lecture, infirmerie.

Dans l'ensemble les personnes âgées se trouvent moins isolées. Par contre on peut déplorer une sous médicalisation des résidences qui entraîne un départ des résidents en cas d'invalidité.

e/ Maisons de Vacances.

Proposition faite souvent et acceptée facilement puisque les maisons de vacances sont un établissement de transition avant le retour à domicile. Par contre il y a souvent renonciation de la part des bénéficiaires éventuels devant la complexité des questionnaires en vue de l'admission.

C'est surtout la rubrique relative au niveau des ressources des enfants du demandeur qui choque le plus et fait renoncer beaucoup de nos pensionnaires.

2 - Orientation en fonction des problèmes sociaux.

De nombreux placements en maison de retraite doivent être effectués. Les raisons essentielles du placement résident dans des conditions sociales de vie défectueuses : faibles revenus, mauvais habitat, isolement.

On essaye dans la mesure du possible de tenir compte des aspirations du vieillard.

Pour l'habitat en particulier on tient compte de l'appréciation de la personne âgée sur ses conditions de logement car son optique peut être très différente de la nôtre.

Le manque de confort ne constitue pas toujours pour le malade âgé une raison suffisante pour quitter son domicile : ceux qui, de l'extérieur, assimileraient son logement à un taudis peuvent se heurter à une appréciation totalement différente de la personne âgée car les critères d'appréciation ne sont pas les mêmes.

Il existe notamment des considérations affectives qui peuvent primer les considérations purement matérielles. c'est ainsi qu'à une rénovation profonde de leur habitat pour lui donner le confort, beaucoup de personnes âgées préféreront des améliorations mineures : pose de papier peint, peinture, relevant plus du domaine de la décoration que du vrai confort.

H - Prospectives d'avenir.

L'avenir de la Maison HENRI PAUL MARTIN doit être basé sur des données nouvelles tout en gardant l'esprit de ses débuts.

Rappelons quelques chiffres déjà cités.

- La Maison HENRI PAUL MARTIN se divise en 2 secteurs :

- * Un secteur gériatrie avec un potentiel de 60 lits
- * Un secteur personnes âgées ou pensionnaires qui n'occupe actuellement que 7 lits. Avec une perte de 797 journées en moins sur les prévisions, ce secteur apparaît en voie de disparition.

Si nous reprenons également les chiffres de départs des maisons de retraite où nous avons placé certains de nos pensionnaires l'aide de prolongations accordées par la Sécurité Sociale, nous constatons : (enquête auprès des Maisons de retraite) sur 59 personnes âgées placées en maison 29 n'était plus présentes ; avec une durée moyenne du séjour de 3 mois pour les hommes et 7 mois pour les femmes.

Il apparaît donc indispensable à la vue de ces chiffres que la Maison HENRI PAUL MARTIN subisse une évolution tendant à prolonger les séjours jusqu'au retour à l'état antérieur permettant ainsi une vie indépendante à nos malades.

En réalisant une structure intermédiaire d'hospitalisation entre le secteur gériatrie et la Maison de Retraite, nous pourrions dans une proportion assez forte éviter à nos malades le désagrément d'un placement dans une Maison de Retraite pour une courte durée. Tout changement du cadre de vie à cet âge avancé entraînant une altération de leurs capacités psychiques.

Ce nouveau secteur d'hospitalisation fonctionnerait avec un nombre de lits récupéré sur le secteur personnes âgées. Avec une durée de séjour de 2 à 3 mois supplémentaires ce secteur nous permettrait de nous occuper de nos malades plus longtemps, pour leur plus grand bénéfice puisqu'à l'issue de ce séjour ils réintégreraient directement leur domicile.

Avec un prix de journée calculé en fonction des nouveaux services rendus à nos malades (prix intermédiaire entre le prix de journée en secteur gériatrie 214,60 F. et le prix de journée en secteur personnes âgées 80,60 F.), nous pourrions ainsi satisfaire aux exigences économiques et à l'idée que nous nous faisons de l'humanisation des hôpitaux.

La Maison HENRI PAUL MARTIN trouverait ainsi un essor et un développement nouveau tout en améliorant les services rendus à ses malades.

I - CONCLUSION

Il nous est apparu tout au long de ce travail que la Maison HENRI PAUL MARTIN est un Etablissement public, qui reçoit essentiellement des personnes âgées avec tous les problèmes que ceux-ci peuvent poser.

Etablissement médical, il l'est effectivement par la qualité des soins donnés aux malades (pathologies rencontrées extrêmement diversifiées).

Etablissement presque social, il le devient devant la complexité des problèmes sociaux inhérents aux personnes du troisième âge.

Tous les lundis après-midi une réunion sociale réunit le médecin Directeur, les deux Surveillantes, l'Interne et l'Assistante Sociale. Au cours de cette réunion on essaye de faire concorder les problèmes sociaux et médicaux avec les désirs du malade.

Nous pourrions dire en accord avec le Professeur Hugonot (Aphorismes et vérités premières) qu'il faut éviter à tout prix pour nos vieillards :

- * Déracinement :
quitter son village, quitter son appartement,
quitter ses souvenirs = menace de mort.
- * Transplantation :
du domicile à l'hôpital,
de l'hôpital en Maison de Retraite,
de Maison de Retraite à l'hôpital,
d'un service à un autre,
d'un étage à un autre,
d'une chambre à une autre,
d'un lit à un autre = menace de mort.

IV - CONCLUSION GENERALE.

Certe le programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées marque un progrès mais bien léger en face à l'immensité des besoins.

Pour reculer la limite du 4ème âge, il faudrait pratiquer une politique hardie garantissant des ressources normales aux personnes âgées. Toute autre politique n'arrive finalement qu'à colmater les brèches dans les cas le plus désespérés, mais n'empêche pas que la grande masse des personnes âgées demeurent dans un état de détresse et d'abandon qui favorise la persistance de ségrégation.

Dans le contexte actuel le médecin se trouve mal placé, et mal armé pour faire bénéficier ses patients âgés d'un traitement dispensé dans de bonnes conditions.

D'une région à l'autre, d'une ville à l'autre les équipements gérontologiques sont d'un niveau tellement inégal que le médecin n'est pas en mesure de savoir si, dans son rayon d'action il existe des moyens de prise en charge inhérents au maintien à domicile d'un grand nombre de malades âgés.

Bien que ne recueillant qu'une minorité de personnes âgées, l'état du patrimoine de nos établissements d'hébergement ne peut pas nous laisser indifférent. Le 4ème âge sera toujours plus important et plus contraignant.

La politique d'humanisation doit donc être poursuivie sans désespérer dans les années à venir.

Cet impératif n'implique pas l'abandon de la politique de maintien à domicile des personnes âgées. Bien au contraire.

Un dispositif d'aide ménagère et de soins à

domicile suffisamment dense est une des formes de protection sociale des plus efficace pour les personnes âgées dans notre société. C'est à une gamme de moyens aussi large que possible que l'on doit recourir si l'on veut que la personne âgée ne se sente plus exclue de la société.

Malgré les efforts et les progrès indéniables des dernières années on est en droit de conclure que nous n'avons qu'ébauché une véritable politique du 3ème âge.

Deux notions fondamentales se sont révélées au cours de la réalisation de cette deuxième partie relative à GENAS.

La première est que la Maison HENRI PAUL MARTIN reçoit des personnes âgées dans des classes d'âges élevées provenant surtout de Lyon et de son agglomération.

Souvent des difficultés de placement surviennent à l'issu du séjour pour les personnes dégradées psychiques ou physiques car sur Lyon et sa région très peu d'établissements existent à ce jour pour ces personnes.

La deuxième constatation est que l'on doit envisager une reconversion du secteur personnes âgées puisque avec un potentiel de 29 lits celui-ci n'est occupé actuellement que par 7 personnes.

Il semble que devant les difficultés que connaissent beaucoup de nos anciens pensionnaires dans les maisons de retraite, et en tenant compte de l'idée que nous nous faisons de l'humanisation des hôpitaux nous pourrions reconverter le secteur personnes âgées en un secteur intermédiaire permettant des prolongations de séjour variant de 2 à 3 mois pour que nos malades retrouvent une autonomie complète et ainsi retournent directement à leur domicile.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - LE 3ème AGE, TIERS ÂGE DE LA VIE.
Chronique sociale de France.
- 2 - PROGRAMME D'ACTION PRIORITAIRE N°15.
Ministère de la santé.
Direction de l'action sociale.
- 3 - EQUIPEMENTS PUBLICS EN HOSPICES ET MAISONS DE RETRAITE DE
LA REGION RHONE-ALPES.
Service régional de l'action sanitaire et sociale.
- 4 - BULLETIN D'INFORMATIONS DU C R I A S.
- 5 - LES DOSSIERS DE L'I N S E E : DOSSIER SANTE RHONE-ALPES
SEPTEMBRE 1975.
- 6 - RAPPORT D'ACTIVITE DE L'HOPITAL EDOUARD HERRIOT ANNEE 1976.

Le Président de la Thèse :
(nom et signature) Pr L ROCHE

Pr L Roche

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 1378

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales ,

[Signature]

D. GERMAIN

Vu, Le Directeur de
U.E.R. GRANGE-BLANCHE,

